

¹Klinika za reumatske bolesti i rehabilitaciju
Referentni centar MZSS RH za reumatoidni artritis
Klinički bolnički centar Zagreb ♦ Kišpatićeva 12 ♦ 10000 Zagreb
²Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju
Klinički bolnički centar Zagreb ♦ Kišpatićeva 12 ♦ 10000 Zagreb
³Klinika za traumatologiju Zagreb ♦ Draškovićeva 19 ♦ 10000 Zagreb

ASEPTIČNA NEKROZA GLAVE BEDRENE KOSTI - PRIKAZ BOLESNIKA AVASCULAR NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD - A CASE REPORT

Iva Popović³ ♦ Đurđica Babić-Naglić¹ ♦ Božidar Ćurković¹ ♦ Ante Muljačić³ ♦ Tatjana Nikolić³
Kristina Potočki² ♦ Maja Prutki² ♦ Iva Žagar¹ ♦ Nadica Laktašić-Žerjavić¹ ♦ Porin Perić¹

Aseptična, avaskularna ili osteonekroza glave bedrene kosti su sinonimi za infarkt ili smrt kosti uzrokovane poremećajem cirkulacije koji može biti idiopatski, sekundarni ili postraumatski. Najčešći uzrok je prijelom

vrata bedrene kosti, a od sekundarnih uzroka su prekomjerno konzumiranje alkohola, kortikosteroidna terapija, pankreatitis, bolesti jetre i bubrega, hiperkoagulabilnost, radioterapija, kemoterapija, pušenje, trudnoća, poremećaj metabolizma lipida i metaboličke bolesti (osteoporoza, osteomalacija, Gaucherova bolest), srpasta anemija i sistemski lupus, a vrlo rijetko spominje se i hiperparatireoidizam. Dijagnoza i stupanj težine promjena glave femura zbog nekroze određuje se na temelju radiološke obrade. Magnetska rezonancija (MR) je najspecifičnija i najosjetljivija metoda za dijagnostiku i praćenje progresije ove bolesti. Važno je naglasiti da postoji 50% mogućnost afekcije kontralateralnog kuka bez prisutnosti simptoma. Temelj konzervativnog liječenja je uklanjanje rizičnih čimbenika, analgezija i rasterećenje zglobova. Od kirurških metoda u ranoj fazi provodi se "core decompression" kojom se uklanja nekrotični dio kosti, smanjuje tlak u venama kosti, pospješuje revaskularizacija i cijeljenje. Takvim načinom može se odgoditi ugradnja totalne endoproteze kuka.

U radu je prikazana 64 godišnja bolesnica, sveučilišna profesorica, koja je primljena u kliniku radi dijagnostičke obrade zbog bolova u desnom kuku trajanja dva mjeseca. U anamnezi navodi u mladosti verificiranu spondilolistezu L4 kralješka III. stupnja s kroničnom desnostranom lumboishijalgijom, u dva navrata preboljelu duboku vensku trombozu lijeve potkoljenice, učestale uroinfekcije, dugotrajno pušenje i pretilost. Kod pregleda se žali na jake bolove u desnom kuku i preponi sa širenjem duž vanjske strane natkoljenice koji se pogoršavaju opterećenjem. Klinički je bolna i izrazito ograničena unutarnja rotacija desnog kuka. Ostali klinički nalaz sustava za kretanje i opći status bili su uredni. Učinjenom laboratorijskom obradom nađene su uredne vrijednosti sedimentacije eritrocita, kompletne krvne slike, C-reaktivnog proteina i alkalne fosfataze, patološke vrijednosti kolesterola (5,7 mmol/L) i LDL-a (3,5 mmol/L) te u nekoliko navrata povišene vrijednosti serumskog kalci-

ja (2,92 mmol/L, 2,75 mmol/L, 2,82 mmol/L). Densitometrijski je utvrđena osteopenija. Imunološka i mikrobiološka obrada je bila negativna. Na radiološkoj snimci zdjelice postavljena je sumnja na aseptičnu nekrozu glave desnog femura što je potvrđeno nalazom MR gdje su prikazane početne avaskularne promjene u glavi lijevog femura (depresija sa sklerozom). S obzirom na postavljenu dijagnozu avaskularne nekroze glave desnog kuka i ranije verificiranu spondilolistezu L4 kralješka bili smo u dvojbi kojem operacijskom zahvatu prvo pristupiti te se u dogovoru s kirurgom i vertebrologom odlučilo prvo za operaciju desnog kuka (TEP). U tijeku preoperativne pripreme zbog povišenih vrijednosti serumskog kalcija, učinjena je dodatna laboratorijska obrada koja je pokazala povišene vrijednosti paratireoidnog hormona (PTH intact serum 11,0 pmol/L) uz ultrazvučno verificiran adenom donje paratireoidne žlijezde koji je operativno odstranjen i postignute su uredne vrijednosti serumskog kalcija. Mjesec dana nakon toga učinjena je totalna endoproteza desnog kuka, a godinu dana nakon toga stražnja spondilodeza L4/L5 i L5/S1 kralješka.

Ovaj prikaz bolesnice je zanimljiv radi tumačenja etiološke povezanosti između aseptične nekroze glave bedrene kosti i hiperparatireoidizma budući da u svjetskoj literaturi ima vrlo malo radova o povezanosti i koincidenciji te patologije. U naše bolesnice su bili prisutni do sada već poznati rizični faktori za razvoj aseptične nekroze glave bedrene kosti uz novootkriveni primarni hiperparatireoidizam kao rijetko prisutan rizični čimbenik za ovu bolest.

Na osnovu prikaza bolesnika, naša preporuka je da se u bolesnika s aseptičnom nekrozom glave bedrene kosti, uz osnovne laboratorijske pretrage učine i serumske vrijednosti kalcija kako ne bismo previdjeli postojanje hiperparatireoidizma kao jednog od rizičnih faktora nastanka te patologije.

Ključne riječi: aseptična nekroza, hiperparatireoidizam, kalcij